1re ANNÉE — N° 3 — AVRIL 1896.

ARCHIVES NATIONALES DE STOMATOLOGIE ET D'ART DENTAIRE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr A. PEYTOUREAU

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.

Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

SOMMAIRE

PRIX DE L'ABONNEMENT

UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.

ACADÉMIE DE BORDEAUX

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES DE BORDEAUX

226, rue Sainte-Catherine, 226

La direction générale des études est basée sur le programme qui forme l'art. 3 du décret du 25 juillet 1895.

La scolarité régulière est de trois années; exceptionnellement, il est fait un cours complet de la durée d'une année pour les praticiens qui désirent acquérir le titre de Chirurgien dentiste.

L'Ecole admet à titre d'Elèves :

1. Les Étudiants qui postulent le diplôme d'État.
2. Les Étudiants d'une autre École dentaire jouissant des mêmes droits, munis de leurs inscriptions et de leurs examens de fin d'année.
3. Les Étudiants en médecine, après transformation de leurs inscriptions.
4. Les Étudiants en médecine munis de douze inscriptions.
5. Les Praticiens patentés avant la loi de 1892, voulant préparer le diplôme d'État.
6. Les Étrangers ou ceux qui ne désirent pratiquer qu'à l'étranger.

Les aspirants au diplôme d'Etat doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

L'École donne des inscriptions spéciales aux élèves ne désirant pratiquer qu'à l'étranger. Ces inscriptions ne sont pas valables devant les Facultés; leur remise donne droit au diplôme de l'École dentaire.

Il n'existe pas d'examens d'entrée pour les élèves munis de leurs titres universitaires. Il n'en existe que pour les élèves au titre étranger. Cet examen se passe sur le programme du certificat d'études primaires supérieures.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Rolland, directeur de l'École, 226, rue Ste-Catherine, Bordeaux.

ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES DE BORDEAUX

Horaire des Cours

COURS THÉORIQUES

LUNDI, de 8 à 9 h. du s. — *Pathologie générale, — Anesthésie.*

Professeur : M. le docteur **Rolland**, ancien Interne des hôpitaux, Directeur de l'École.

MARDI, de 8 à 9 h. du s. - *Maladies et affections parasitaires de la bouche. Antiseptie. — Éléments d'histologie et de bactériologie.*

Prof. : M. le docteur **Sabrazès**, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chef du laboratoire des Cliniques, Médecin des hôpitaux.

MERCREDI, de 8 à 9 h. du s. — *Pathologie et thérapeutique dentaires.*

Prof. : M. le docteur **Dutour**, Diplômé de l'École dentaire de Paris.

de 9 à 10 h. du s. — *Chimie. — Matière médicale et thérapeutique spéciale. — Métallurgie.*

Prof. : M. le docteur **Peytoureau**, Docteur ès-sciences.

JEUDI, de 8 à 9 h. du s. — *Éléments de Pathologie externe.*

Prof. : M. le docteur **Fromaget**, ancien Interne des hôpitaux, Chef de Clinique à la Faculté de médecine.

de 9 à 10 h. du s. — *Éléments d'anatomie et de physiologie générales. — Anatomie et pathologie chirurgicale de la bouche.*

Prof. : M. le docteur **Princeteau**, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Chef des travaux anatomiques, Chirurgien des hôpitaux.

VENDREDI, de 8 à 9 h. du s. — *Physique et mécanique.*

Prof. : M. le docteur **Sigalas**, Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

SAMEDI, de 8 à 9 h. du s. — *Pathologie interne.*

Prof. : M. le docteur **Dumur**, Chef de Clinique médicale, Médecin des hôpitaux.

COURS PRATIQUES

Cours de *dentisterie* par MM.

LUNDI matin : **Dumora**, Diplômé de l'École dentaire de Paris, Chirurgien dentiste de la Faculté de Paris.

MARDI matin : **Brugeille**, Chirurgien dentiste diplômé de Baltimore.

MERCREDI matin : **Seigle**, chirurgien dentiste de la Faculté de Paris.

JEUDI matin : **Rolland**, docteur en médecine, directeur de l'Ecole.

VENDREDI matin : **Lot**, Diplômé de l'École dentaire de Paris, Chirurgien dentiste de la Faculté de Paris.

SAMEDI matin : **Dutour**, Docteur en médecine, Diplômé de l'École dentaire de Paris.

Cours de Mécanique et de Prothèse dentaires

Le LUNDI de 5 à 7 h. et le VENDREDI, de 2 à 5 heures.

Prof. : M. **Seigle**, Chirurgien dentiste de la Faculté de Paris.

à Louer.

ARCHIVES NATIONALES

DE

Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE

ANESTHÉSIE PAR LA CRÉOSOTE

Pendant notre année d'Enseignement libre à la Faculté de Médecine, les Etudiants qui ont assisté à nos consultations sur les maladies de la bouche et des dents ont pu constater les succès que nous avons fréquemment obtenus par l'usage du gaïacol.

Pendant toute l'année 95, nous avons employé concurremment le gaïacol et la cocaïne dans l'extraction des dents. Bien que les malades accusassent tous une certaine douleur pendant l'injection, l'enthousiasme qui défend les procédés nouveaux fit un peu négliger les conséquences des injections de gaïacol et plaça ce nouvel anesthésique bien au-dessus de la cocaïne.

Dans sa thèse de Bordeaux (1895), le Docteur Charles Gontaud rapporte vingt observations qui me sont personnelles et où le gaïacol fut employé dans différentes circonstances pour des extractions dentaires variées, et douze observations fournies par M. Dubreuilh, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, par le Docteur Dutour, professeur à l'École dentaire de Bordeaux et par lui-même.

Il nous paraît intéressant de rapporter ici la première observation de la thèse de M. Gontaud.

Elle repose sur une expérience personnelle :

« Le 31 Octobre, M. le Docteur Mencau nous injecte la valeur d'un quart de seringue sur la ligne médiane, à 2 ou 3 centimètres au-dessus du pli du coude.

Au moment où l'injection est poussée, *nous ressentons une sensation de brûlure* sur le trajet de l'aiguille, sensation qui disparaît d'ailleurs assez rapidement.

Au bout de deux minutes, nous cherchons à nous rendre compte du degré d'anesthésie :

Nous obtenons alors les résultats suivants :

Au bout de 2 minutes	rien
— 5 —	rien
— 7 —	léger degré d'insensibilité
— 10 —	anesthésie complète

La zône d'anesthésie n'est pas très considérable ; elle affecte la forme d'un fuseau ayant environ 3 centimètres dans sa grande

longueur et 2 centimètres dans sa plus grande largeur. Cette zône est légèrement œdématiée et anesthésiée jusqu'aux limites de l'œdème, la sensibilité réapparaissant dès qu'on a dépassé les limites de la boursouflure.

Mais on peut impunément enfoncer dans toute la partie anesthésiée des épingles ou une aiguille de Reverdin sans que nous percevions de douleur, la sensation de contact étant seule conservée, encore que bien amoindrie. »

La solution dont se servait M. Gontaud était au vingtième.

C'est donc sur vingt-cinq centigrammes d'huile gaïacolée, soit sur cent vingt-cinq milligrammes de gaïacol que porta l'expérience.

⁂

Les recherches sur le gaïacol nous ont conduit à essayer la créosote.

En faisant dissoudre un gramme de créosote dans 100 grammes d'huile, nous avons fait une préparation que nous avons utilisée pour l'extraction des dents à la Clinique de l'École dentaire.

En injectant suivant le procédé usité pour les injections de gaïacol — et nous recommandons de ne faire que deux injections dans les rebords gingivaux, l'une interne, l'autre externe — nous avons déterminé d'abord les mêmes phénomènes que par l'usage du gaïacol, c'est à dire une sensation rapide de brûlure — puis cette sensation a disparu et dix minutes après nous avons pu procéder aux extractions sans déterminer plus de douleur qu'avec le gaïacol.

OBSERVATION I.

Jeune fille, 19 ans, carie du 4e degré, 1e grosse molaire droite de la mâchoire supérieure.

Injection de cinquante centigrammes huile créosotée, soit cinquante milligrammes de créosote ; après dix minutes, extraction de la dent sans douleur.

La malade se plaint cependant de la persistance de la brûlure.

OBSERVATION II.

Soldat du train des équipages, 18e escadron.

Canine droite du bas, 4e degré. 1e et 2e grosses molaires, 4e degré.

Injection de 1 gr. 25 d'huile créosotée. Attente de dix minutes ; extraction presque sans douleur.

OBSERVATION III.

Femme de journée, 36 ans, toutes les grosses et petites molaires cariées, chicots nombreux.

Extraction de quatre dents du haut, après injection de 1 gr. 50 d'huile créosotée. Attente de dix minutes. Extraction indolore.

OBSERVATION IV.

Femme de 42 ans, employée dans une confiserie, pyorrhée alvéolo

dentaire. Carie du 4e degré de la 1e grosse molaire du bas. Periostite alvéolo-dentaire.

Injection de cinquante centigrammes. L'injection est douloureuse; l'anesthésie est nulle; les douleurs s'exacerbent après l'opération.

OBSERVATION V.

Cuisinier de 30 ans, dents saines. Carie du 2e degré de la 2e petite molaire du haut. Le malade n'a pas le temps de se faire soigner, il veut l'extraction.

Injection : vingt cinq centigrammes. Extraction absolument insensible.

M. Brugeille, chirurgien dentiste, professeur à l'École dentaire a également employé avec des succès divers l'huile créosotée.

Nous indiquons simplement ce nouvel agent; nous ne le préconisons pas, car nous estimons avec le Dr Gontaud qu'il y a encore fort à faire pour trouver un nouvel analgésique égalant la cocaïne.

Dr G. ROLLAND.

LES POLYPES DE LA FACE INTERNE DES JOUES

Par le Docteur SABRAZÈS, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, Médecin des Hôpitaux, Chef du laboratoire des Cliniques.

(*Suite*)

Examen histologique

La tumeur est bordée, à la périphérie, par un épithélium pavimenteux stratifié qui n'est pas continu ; il manque sur les parties sphacélées revêtues de pseudo-membranes de fibrine enserrant dans ses mailles des corps granuleux, des suffusions sanguines, des microbes divers. Les papilles sont très découpées, infiltrées de cellules embryonnaires. La région sous-papillaire est constituée par un tissu conjonctif à gros faisceaux, bien colorés par la fuchsine acide picriquée, qui vont se raréfiant dans les profondeurs où ils limitent ça et là des îlots muqueux ; ils forment des travées radiées qui supportent sur tout leur parcours des lobules adipeux centrés par des vaisseaux en grand nombre. L'orcéine acide montre superficiellement un chevelu dense de fibres élastiques qui vont aussi se clairsemant dans l'interstice des masses adipeuses. Celles-ci sont composées de grosses vésicules que l'acide osmique teint en noir intense. Les colorations par le procédé de Gram-Bizzozero permettent de voir que les éléments formateurs de cette néoplasie sont les cellules conjonctives; elles se divisent soit par segmentation directe soit, le plus souvent, par karyokinèse; dans leur intérieur apparaissent des granulations graisseuses dont la confluence produit les vésicules. Les zones périphériques désintégrées sont représentées par des blocs irréguliers de graisse résultant de la fragmentation des vésicules cernées de tous côtés par des corps granuleux ; on y trouve des fibres conjonctives et élastiques morcelées, des amas de leucocytes pour la plupart polynucléaires. Par le bleu polychrome, on y voit quelques *Mastzellen* et des microbes cantonnés sur la bordure plus ou moins mortifiée au niveau de

laquelle on rencontre des vaisseaux en voie de thrombose ou déjà oblitérés.

Cette tumeur est donc un fibro-lipome qui a eu pour point de départ le chorion de la muqueuse génienne ; sur une coupe de joue normale on observe : un épithélium pavimenteux stratifié, un chorion fibreux dans la profondeur duquel, au devant du plan des fibres musculaires striées, sont disséminées des vésicules adipeuses. Le polype a eu pour tissu matriciel le chorion muqueux de la joue.

Étude du glycogène dans ce polype

Si on fait agir la solution iodo-iodurée de Lugol sur les coupes obtenues après une immersion prolongée pendant plus de 6 mois des fragments de la tumeur dans l'alcool à 90 degrés, il se produit instantanément une teinte brun acajou — très apparente même à l'œil nu — exclusivement limitée aux régions dégénérées du néoplasme et à la bordure d'épithélium stratifié.

Autour des vaisseaux sanguins et lymphatiques comme dans leur intérieur, il n'existe aucune trace de réaction brune.

Après l'action de l'acide osmique à 1 p. 100, sur la pièce traitée par l'alcool, on constate les mêmes résultats ; mais, au lieu d'être diffuse, la substance qui brunit par l'iode affecte la forme de gouttelettes sans membrane, d'un diamètre de 1 à 3 millièmes de millimètre, intra ou extra-leucocytaires. Dans le protoplasma des leucocytes, ces gouttelettes coexistent avec des granulations graisseuses. Dans les cellules épithéliales — absolument dépourvues de kératohyaline et de graisse — elles sont infiltrées autour du noyau qui n'est lui-même envahi que très rarement, au stade le plus avancé du processus.

Cette substance est insoluble dans l'acool. Elle ne donne pas de métachromasie rouge vis-à-vis du violet de méthyle ; la safranine ne la teint pas en jaune. La teinte acajou produite par l'iode disparaît à chaud et reparaît à froid. Elle s'efface très rapidement dans les préparations montées dans l'eau ou dans la glycérine. Elle disparait sous l'action de la salive, des acides forts. Elle persiste, mais ne vire pas au bleu au contact de l'acide sulfurique dilué. Ce corps — qui a plutôt les réactions du glycogène que de l'amyloïde — n'existe pas en dehors des foyers de désintégration adipeuse (provoquée par l'action combinée des traumatismes, des microbes, des oblitérations vasculaires) et du revêtement épithélial. Il manque dans les leucocytes intra-vasculaires des parties saines de la tumeur ; autour des lobules adipeux intacts il fait également défaut ; de même dans l'intérieur des cellules conjonctives dont la division mitosique et la transformation ultérieure en vésicules de graisse ont présidé au développement de ce polype.

Sous quelle influence s'est montré le glycogène dans cette tumeur ?

Dans l'épithélium des joues, à l'état sain, sur les bords de lésions ulcéreuses ou papillaires de la bouche, on n'en rencontre qu'exceptionnellement. Il semble donc que le milieu salivaire, si abondamment pourvu de bactéries, ne soit pas la cause *sine quâ non* de sa production (1).

La nature histo-chimique du lipome pouvait-elle expliquer la présence du glycogène ?

Si on examine à ce point de vue des lipomes non ulcérés, on n'y trouve pas de glycogène.

Les phénomènes de régression du polype sous l'influence des plaies de sa surface et de l'intervention simultanée des bactéries de la bouche, des débris alimentaires et de la salive devaient-ils être incriminés ?

(1) On sait que, dans le pus, les leucocytes se teignent parfois en brun acajou par l'iode ; on ignore s'il s'agit là de glycogène ou d'amyloïde. Lorsque le pus se forme aux dépens d'une région dépourvue de graisse, la réaction n'a plus lieu ou est très peu marquée.

Si on immerge dans la salive mixte, à la température de 37 degrés, des fragments d'un lipome non ulcéré ne contenant pas de glycogène, on n'en voit pas apparaitre, même en poursuivant l'expérience au delà de quatre jours. Si on ajoute à la salive de la mie de pain, on constate dans les coupes histologiques, après l'action de l'iode, la teinte bleue de l'amidon ; on ne réussit pas à obtenir une infiltration de dextrine ou de glycogène. Placé dans ces dernières conditions, un lambeau d'épithélium buccal ne donne sur les coupes que la réaction de l'amidon.

La formation du glycogène relève donc de la mise en jeu d'autres facteurs.

Nous avons vu que, dans le polype, le glycogène se trouvait dans le protoplasma des leucocytes et y coexistait avec des granulations graisseuses.

Peut-être s'agissait-il là surtout d'un processus de digestion intracellulaire !

Imbus de cette idée, nous avons inclus aseptiquement sous la peau du dos d'un chien un morceau du même lipome dénué de glycogène, qui nous a servi pour les expériences précédentes. Le quatrième jour, nous enlevons les sutures et nous constatons autour du bloc de graisse une collection de sérosité jaune, non purulente, riche en matières grasses qui fournit les réactions du glycogène et ne contient pas de glucose. Nous détachons un débris du fragment inséré et nous en faisons l'examen sur des coupes : il existe, à la périphérie, une large bordure représentée par des leucocytes chargés de graisse et de gouttes glycogéniques ; on ne trouve pas de glycogène en dehors des cellules. Ces corps granuleux ne se teignent pas en rouge par le violet de méthyle ; leur protoplasma reste violacé, leur noyau bleuâtre. Ils ne virent pas au bleu par l'iode et l'acide sulfurique dilué. L'alcool n'y dissout pas les gouttes glycogéniques.

Si on introduit sous la peau d'un chien, dans le tissu cellulo-adipeux, un petit tube en verre stérilisé, il se produit une exsudation riche en graisse autour et dans le corps étranger ; l'iode y détermine une teinte brun acajou très vive qui disparait par le chauffage et reparait à froid. Notre collègue M. le professeur agrégé Denigès, qui a bien voulu examiner cette sérosité recueillie dans des éprouvettes le cinquième jour après l'insertion, pense, comme nous, qu'elle contient du glycogène en grande abondance. Dans ce liquide nagent de très nombreux corps granuleux dans lesquels les préparations osmiquées et iodées montrent la coexistence de graisse finement émulsionnée et de glycogène à l'état de dépôts diffus.

Tous ces faits nous autorisent à penser que le glycogène qui imprégnait la tumeur buccale provient d'une transformation de la graisse opérée par les cellules migratrices dans l'intimité de leur protoplasma (1). Quant au glycogène libre, il semble dû à la destruction sur place de quelques corps granuleux et peut-être aussi à l'élimination de gouttes glycogéniques issues de la cellule où elles sont pour ainsi dire sécrétées.

Au niveau des cellules épithéliales de la muqueuse qui bordait la tumeur, le glycogène est-il le résultat d'une simple infiltration ou bien d'une formation *in situ* s'édifiant de toutes pièces ou aux dépens d'autres produits de désintégration des graisses baignant ces cellules et utilisés par elles ? Il ne nous est pas encore possible d'élucider ce dernier point.

L'intérêt d'ordre physiologique que nous paraissent comporter ces recherches réside principalement dans le fait de la transformation possible des graisses en glycogène. Ces hydrates de carbone sont d'ailleurs

(1) La présence du glycogène dans les corps granuleux a été signalée et confondue avec la dégénérescence amyloïde dont les liens de parenté avec le glycogène, les dérivés de matières grasses, d'autres variétés de dégénérescence (hyaline, colloïde), nous paraissent tre beaucoup plus étroits qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici.

si intimement associés dans la cellule vivante, normalement et à l'état pathologique, dans les divers échelons de la série animale, chez les Vertébrés, comme chez les Protozoaires, qu'il n'est pas téméraire de penser qu'ils puissent, dans des circonstances déterminées, dériver l'un de l'autre et réciproquement. En rapprochant leur formule chimique, on se rend facilement compte de la possibilité de ces transformations. Qu'il nous suffise de citer leur coexistence dans la cellule hépatique, par exemple, dans le protoplasma des Grégarines où Bütschli l'a depuis longtemps signalée, etc.

Ajoutons enfin, au point de vue de l'évolution des tumeurs, qu'on a voulu assigner aux néoplasmes une malignité d'autant plus grande que leur teneur en glycogène est plus considérable. Notre observation prouve qu'il y a des exceptions à cette règle et qu'il faut tenir compte des phénomènes régressifs capables d'enrichir singulièrement en glycogène une tumeur éminemment bénigne comme un fibro-lipome (2).

REMARQUES CLINIQUES

Nous connaissons donc quatre observations détaillées de polypes de la face interne des joues; elles comprennent un myxome, deux fibromes, un fibro-lipome.

Ces tumeurs affectent la forme d'une pendeloque piriforme, longuement pédiculée. Leur volume varie de la grosseur d'une noix de galle (Demne), à une amande (Cardone), à une aveline (Sabrazès), à un haricot (W. Dubreuilh). Leurs dimensions n'excèdent pas cinq centimètres dans le sens de la longueur sur un à deux centimètres d'épaisseur.

Leur surface est de couleur rose pâle sur les parties encore revêtues de la muqueuse buccale; les points ramollis sont grisâtres, brunâtres ou violacés.

Leur consistance est plus ou moins dure, suivant la prédominance des éléments muqueux, lipomateux ou fibreux. Ces productions s'implantent sur la face interne de la joue, au niveau du point de jonction de la branche horizontale avec la branche montante du maxillaire inférieur, par un pédicule long d'un centimètre environ grâce auquel ces polypes sont mobiles dans la cavité buccale à la façon d'un battant de cloche. Indolores en dehors de tout traumatisme, ces tumeurs peuvent être parfois le siège de sensations pénibles du fait de morsures subies pendant la mastication. La nature et l'intensité des troubles fonctionnels dépendent d'ailleurs du volume, du siège et de l'état du polype. Les malades accusent tout d'abord une gêne spéciale qui tient à la présence dans la bouche de ce volumineux appendice charnu. Puis se manifestent des désordres plus spéciaux. La tumeur glisse entre les mâchoires pendant la mastication des aliments; elle est fréquemment mordue, mutilée et des morceaux en sont littéralement avalés par les malades qui s'efforcent de la repousser contre la joue à l'aide de mouvements énergiques de la langue. Les hémorrhagies qui résultent de ces morsures sont fréquentes et assez abondantes, étant donnée la riche vasculari-

---

(2) Ces résultats ont été communiqués à la Société de Biologie, séance du 29 février 1896.

sation de ces tumeurs. Les plaies nombreuses qui creusent la surface mordue s'infectent dans le milieu buccal abondamment pourvu de microbes, si bien que l'haleine exhale une extrême fétidité et que les malades ont une salivation sanguinolente et naùséabonde. On observe aussi quelques troubles de la parole qui rappellent ceux que l'on constate dans les cas d'abcès périamygdaliens. Ils sont occasionnés par la présence du polype, véritable corps étranger et par l'effort que fait incessamment la langue pour brider la tumeur et l'empêcher d'être mordue; les dents ne sont desserrées qu'à demi pour que le polype ne puisse glisser entre elles; aussi la parole manque-t-elle de netteté; l'articulation des sifflantes est particulièrement défectueuse.

Nos observations comprennent trois adultés (62, 32 ans) et un enfant (17 mois).

Nous ignorons les conditions pathogéniques du développement de ces néoplasmes. Peut-être des causes irritatives agissant sur la face muqueuse si vulnérable de la joue et représentées par un chicot de dent cariée, comme dans notre observation, incitent-elles la muqueuse à proliférer? Par analogie, ne voyons nous pas les phénomènes d'inflammation chronique des amygdales, du conduit auditif, des fosses nasales prédisposer chacune de ces régions aux polypes fibro-muqueux? Il semble en être ainsi pour la muqueuse des joues. Birch Hirschfeld, qui aurait vu plusieurs fois chez l'enfant des tumeurs semblables, incrimine la persistance, en un point de la muqueuse génienne, de tissu muqueux resté à l'état fœtal, capable de se multiplier activement sous des influences indéterminées.

Le traitement de ces tumeurs est des plus simples; on en pratique l'ablation soit à l'aide de l'anse galvanique soit par la section du pédicule d'un coup de ciseau. Si l'hémorrhagie est abondante, on applique une ligature sur les vaisseaux qui saignent.

En résumé : les polypes de la face interne des joues affectent le type muqueux, fibreux ou fibro-lipomateux.

Ils donnent lieu à des symptômes caractéristiques qu'il importe de connaître :

A) Sensation de corps étrangers s'interposant entre les dents, gênant la mastication et troublant l'articulation des mots;

B) Hémorrhagies résultant de fréquentes morsures que subit la tumeur.

C) Fétidité de l'haleine due à la présence de points de sphacèle à la surface du polype.

L'examen direct et la marche de la lésion rendent le diagnostic relativement facile entre ces productions et les autres tumeurs bénignes ou malignes ainsi que les ulcérations végétantes.

Au point de vue histo-chimique, il nous a paru intéressant de montrer que notre tumeur fibro-lipomateuse, d'essence éminemment bénigne, contenait cependant beaucoup de glycogène et que celui-ci semble résulter, dans ce cas, d'un processus spécial de transformation des graisses.

QUESTIONS PROFESSIONNELLES

Quoique l'esprit de notre journal nous écarte d'une façon générale et absolue de tout rapport avec la politique, nous faisons cependant aujourd'hui un petit emprunt au « *Nouvelliste de Bordeaux.* » Notre confrère politique traite, dans un article hautement pensé, une question qui intéresse trop le corps médical dont fait maintenant partie la Chirurgie dentaire, pour que nous ne le mettions pas en entier sous les yeux de nos lecteurs.

Nous nous ferons d'ailleurs un devoir de traiter toutes les questions professionnelles et déontologiques chaque fois qu'elles se présenteront, et ce premier article sera suivi d'autres études :

AGITATION LÉGITIME

J'évite, on le sait, d'encourager nos étudiants lorsqu'ils manifestent et monômisent en faveur d'objets étrangers à leurs études, à leurs préoccupations légitimes. Je ne les approuve pas davantage lorsqu'ils cassent les vitres pour le vain plaisir de faire du bruit.

Cependant je sympathise vigoureusement avec eux, et je suis tout disposé à leur apporter tout mon concours, lorsque je les vois s'émouvoir, s'agiter pour un intérêt véritablement professionnel. C'est ce qui se produit actuellement.

On signale, en effet, une grande fermentation dans les Facultés de médecine de Paris et de la province, motivée par la concurrence trop favorisée des étudiants et des médecins étrangers.

On sait que nos Facultés reçoivent tous les élèves de nationalité étrangère, sans exiger d'eux les diplômes de bachelier ès-lettres, puis de bachelier ès-sciences, les admettent à tous les cours, dans tous les services, laboratoires et examens, puis leur confèrent tous les grades d'usage. Nos professeurs agissent ainsi dans la douce espérance de voir les nouveaux docteurs regagner leur patrie et y affirmer les doctrines et la supériorité de notre haut enseignement.

L'expérience démontre que c'est un rêve ; dûment diplômés, la plupart des étudiants étrangers restent en France pour y exercer la médecine, peut-être par reconnaissance. Leur origine trahie par le nom et par l'accent n'est pas, paraît-il, pour leur nuire; car, parmi nos compatriotes, il y a encore beaucoup de badauds pour subir le prestige de l'exotisme. La statistique démontre qu'à Paris sur cinq médecins on compte un étranger; ce chiffre me semble avoir une éloquence décisive.

Les étudiants français, appuyés par un grand nombre de leurs professeurs, ne réclament pas l'expulsion de leurs camarades de l'extérieur. Leurs exigences sont aussi modestes que légitimes. Ils demandent simplement que les Facultés décernent aux étudiants étrangers un diplôme spécial ne leur permettant pas l'exercice de la médecine en France.

Les sujets désirant le diplôme ordinaire n'auraient, dans la pensée des protestataires, qu'à se soumettre au régime commun, c'est-à-dire à fournir les diplômes exigés des Français, puis à demander et à obtenir la naturalisation.

Ce dernier point a sa grande importance, car il convient de remarquer

que les médecins étrangers ne sont pas, naturellement, soumis en France au service militaire, ce qui leur crée un avantage considérable sur nos nationaux.

Le principe posé par les étudiants français est assez juste, assez inattaquable, pour pouvoir se contenter d'une simple et succincte exposition. On ne discute pas l'évidence. L'hospitalité naïvement accordée se transforme vite en invasion, puis en expropriation : La Fontaine nous en avertit ; mais nous avons encore mieux que des apologues pour apprendre à nous méfier. La France ne saurait demeurer plus longtemps le pays où l'on donne les bâtons pour se faire battre et où l'on tient table d'hôte gratuite.

N'oublions pas que nous subissons le cruel honneur d'être le peuple le plus endetté et le plus imposé de l'Europe, et que, pour tenir nos engagements nous avons le devoir de nous réserver toutes les ressources de notre sol, de notre société.

La protestation des étudiants en médecine me semble féconde en conséquences pratiques. Après en avoir appliqué le principe à la médecine, on pourrait par exemple et sans sortir du cercle chirurgical, en faire l'essai sur les dentistes qui montrent dans leur corporation avec orgueil, mais non sans douleur, une si importante majorité d'Américains, témoignant ainsi à la France une touchante gratitude pour les services rendus jadis par Lafayette.

Hélas ! l'ère de la sentimentalité est close ; et en présence du flot grondant du socialisme, de l'âpreté du combat pour la vie, nous sentons l'obligation étroite de fermer nos cœurs et d'ouvrir l'œil.

Il faut vivre chez nous, et c'est pour cela que j'estime que toutes les diathèses et toutes les mâchoires de France doivent appartenir aux seuls Français.

GEORGES DUPRAT.

Inutile de dire que nous sommes complètement du même avis.

La loi sur les Universités

La *loi sur les Universités* vient d'être votée par la Chambre : tous les corps de Facultés existant actuellement sont autorisés à prendre le titre d'Université de ville ou de région ; chacune d'elles sera personne civile, capable de s'administrer et de recevoir des dons et legs.

Nous aurions préféré, pour notre part, qu'il n'y eût en France, par exemple, que cinq grandes Universités dont l'émulation aurait sans doute fait merveille ; mais aucune ville n'était disposée à renoncer à ses Ecoles. La sélection se fera sans doute d'elle-même : les unes, riches et bien dirigées, prospèreront ; d'autres déclineront pour arriver à disparaître.

Quelle place sera-t-il réservé à l'Enseignement dentaire existant à Bordeaux ?

Statistique des Dentistes en Allemagne

On en compte 1071.

Il y en avait 1007 en 1894 et 514 seulement en 1887 — à Berlin, on en compte 180 contre 75 seulement en 1887.

BULLETIN DU MOIS

Louis Jack, D. D. S. de Philadelphie, lit un article sur les divers modes de plantation des dents, devant l'Académie de Stomatologie :

Il divise la plantation des dents en 3 séries :

1° *La transplantation*, où les dents enlevées d'un sujet sont, avec toutes les précautions nécessaires, placées dans l'alvéole d'une autre personne immédiatement après l'extraction d'une dent malade ou fracturée.

2° *La réimplantation*, où n'importe quelle dent d'une personne est enlevée pour une raison quelconque, et, après certaines manipulations de la dent et traitement de l'alvéole, remise en place.

3° *L'implantation*, où une alvéole " artificielle " est ménagée dans un endroit vacant ; dans celle-ci une dent naturelle choisie est introduite.

Dr John Hunter fut un des premiers qui transplata des dents, et la méthode s'en répandit en Angleterre et en France : mais on obtint peu de succès.

Des dents séches, qui avaient été enlevées longtemps auparavant, furent également employées : S. P. Culter en fit mention devant la Société d'Odontologie de New-York, le 16 Janvier 1877.

Le Dr Jack s'étend longuement sur plusieurs cas, suivis presque tous de succès : il explique les différentes phases que doivent subir les divers éléments qui environnent la dent.

— J. Foster Flagg. D. D. S. de Philadelphie, décrit un article sur la préparation de la chambre pulpaire et des canaux, devant la Société dentaire de l'Etat de New-Jersey.

— J. W. Heckler D. D. S. de Buffalo, lit devant la Société dentaire du 18me District, New-York, un travail sur le traitement des dents et des racines, antérieur à la pose de la couronne.

Heckler, recommande que 90 0/0 des dents devant servir au travail à pont, soit dévitalisées pour les raisons suivantes :

1° Diminution de douleur pour le malade, dans l'usure de la dent à la meule ;

2° Congestion assez forte pour arrêter la circulation : grâce aux chocs et à l'irritation produite sur la pulpe, d'où mort de celle-ci comme résultat final.

3° Impossibilité d'user à la meule une dent vivante et de lui donner la forme désirée sans trop de souffrances de la part du patient.

Après la dévitalisation et l'enlèvement de la pulpe, l'auteur recommande de laver les canaux à l'alcool absolu (90°), parce que ce lavage produit deux effets très importants :

1° L'alcool enlève les fragments de caillots et agit comme astringent, arrêtant l'écoulement du sérum sanguin à l'*apex* de la racine.

2° Ce liquide ayant une grande affinité pour l'eau, l'absorbe dans les canaux, et, en s'évaporant, laisse ceux-ci à sec.

— Le Professeur W. James Marton a fait plusieurs essais avec une solution d'électro-gaïacol cocaïné pour combattre la sensibilité de la dentine : Solution contenant 1 drachm gaïcol et 6 grains d'hydrochlorate de cocaïne aqueux. Il obtient un très bon succès, dont voici 2 cas :

Les expériences furent faites le 3 décembre 1895.

— Observation 1. — Mlle W., 18 ans ; à la 2e molaire supérieure droite, cavité très profonde, atteignant presque les cornes antérieures de la pulpe de la racine buccale. Grande sensibilité, surtout vers la corne de la pulpe.

Anesthésie à l'électro, gaïacol cocaïné; en sept minutes deux applications. Résultat : parfaite anesthésie de l'excavation à la main; la malade n'accuse aucune douleur pendant l'électrisation.

— Observation 2. — 1re prémolaire supérieure droite a une carie postérieure et de la couronne. Plusieurs essais pour nettoyer cette dent furent inutiles, à cause de la très grande sensibilité de la dentine. Toutefois on obtura la dent temporairement avec un morceau d'amiante dans le fond, et de la gutta-percha par dessus : en enlevant ces dernières substances, six semaines après, la dentine était très sensible au plus léger contact.

On fit une anesthésie par l'électro-gaïacol cocaïné (1) : la première approche du courant donna une forte douleur qui disparut graduellement et chaque augmentation du courant causa de la douleur. Après sept minutes, 3 applications d'environ 1/10 d'un milliampère, on pùt augmenter la force jusqu'à 2/3 d'un milliampère sans douleur, produisant une anesthésie complète. En excavant la cavite, on put facilement rentrer dans la chambre pulpaire sans que le malade accusât la moindre douleur, par conséquent la pulpe elle-même était anesthésiée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ALBERT (A.) Todesfall in der Lachgasnarkose. *Zahnærztl. Wchnbl.,* Hamburg, 1895, ix, 221.

ARSLAN (Y.) Contribution statistique à l'étude des végétations adénoïdes du rhino-pharynx. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx,* etc. Paris, 1895, xxi, pt. 2, 509-519.

BLACK (G. V.) The effect of oxidation on cut aloys for dental amalgams. *Dental Cosmos,* Phila., 1896, xxxviii, 43-48.

BROCA (A.) Traitement des fissures congénitales de la lèvre supér. et du palais. *Gaz. hebd. de méd.,* Paris, 1896, xliii, 37-42.

BRYSON (W. A.) & EZARD (H. B.) A lecture-demonstration on electric energy and its applications to dental surgery. — *J. Brit. dent. Ass.* London, 1895, xvi, 748-757.

CECCONI (L.) Application des doubles plaques métalliques sans soudure en prothèse dentaire. *Odont.,* Paris, 1895, 2. s-ii, 676-678.

CONNER (P. S.) Operative treatment of cancer in various localitries : lip. tongue, fleor of mouth and pharynx. *Tr. Am. Surg. Ass.*, Phila., 1895, 44-50.

COULLER (J. H.) Empyema of antrum. *Med. Age.,* Detroit, 1895-96, xiv, 40-43.

DUBOIS (P.) De l'organisation des Ecoles dentaires en province. *Odont.*, Paris, 1895, 2. s, ii, 705-716.

DUNOGIER. La réglementation de l'art dentaire en France et particulièrement à Bordeaux jusqu'à 1892. *Ibid.,* 716-726.

FISCHL (A.) Ueber locale Anæsthesie mit Kelen (Aethylem Chorid des kleiness Chirurgie) *Wien. med. Presse,* 1895, xxxvi, 196.

GRIMBERT & CHOQUET. Sur la présence du coli-bacille dans la bouche de l'homme sain. *Bull. et mém. Soc. de thérap.,* Paris, 1895, 240-242.

HODGKIN (E. S.) Abscess der kieferhœhle. *Zahnærztl. Wchnbl.,* Hamb., 1895, ix, 172.

KNIGHT (C. H.) Cyst of the maxillary sinus. N. York M. J., 1896, lxiii, 41-43.

---

(1) Ne pas oublier de placer une boule de coton dans la cavité. (LA RÉDACTION).

LEGUEU & MARIEN. Tuberculose des glandes salivaires. *Compt. rend. Soc. de Biol.*, Paris, 1895, 10 s, ii, 855.
MAGITOT (E.) Phosphorisme et nécrose : le cas de Rose Cayol, de Marseille. *Rev. odont.*, Paris, 1895, 10 xxx, 540-546.
MORTON (W. J.) Guaiacol-cocain cataphoresis and local anesthesia; a new cataphoric electro de and the Wheeler fractional volt selector. *Dental Cosmos*, Phila., 1896, xxxviii, 48-53.
PONCET (A.) Note sur un nouveau cas d'actinomy cose temporo-maxillaire; considérations cliniques. *Lyon méd.*, 1895, lxxx, 519-530.
REBOULET (Claude.) Contribution à l'étude du traitement de la pulpe dentaire exposée. Thèse Lyon, 1895, A. Rey. 80 p. 4o.
ROUGHTON (E. W.) Tumours of the palate. *Ibid.*, 1896, xxxix, 1-6.
SPAKS (R. E.) Caries of jaw from impacted wisdom tooth. *Am. J. Dent. Sc.* Balt., 1896, 3 s, xxix, 420.
WINCKLER (G. H.) Treatment of acid conditions of the mouth by kreosotum. *Ohio. Dental* J. Toledo, 1896, xvi, 20.
VON ZOEGE. MANTEUFFEL (W.) Ueber spaettodesfalle nach Narkose. *St-Peters. med. Wchnschr.*, 1895, n. F. xi, 421-423.

CHRONIQUE LOCALE

Les Examens de Chirurgien dentiste près la Faculté de Médecine de Bordeaux

Nous rapportons la réponse que la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux vient de faire à une lettre de M. le Docteur Rolland, Directeur de l'École et Clinique Dentaires de Bordeaux.

Bordeaux, le 4 mars 1896.

» Monsieur le Directeur et cher Confrère,

« Vous me demandez par lettre du 1er mars courant, si la Faculté de Médecine de Bordeaux a pris ses dispositions en vue de la constitution des Jurys qui auront à examiner les candidats au diplôme de Chirurgien dentiste pendant les sessions de Juillet et Novembre 1896.

» Permettez-moi de vous faire remarquer que l'art. 4 du décret du 25 Juillet 1893 ne vise que les examens définitifs subis après la 12e inscription prise en vue du diplôme de Chirurgien-dentiste, et que la Faculté n'a pas encore à se préoccuper de la constitution des Jurys d'examens pour les élèves de l'École et Clinique dentaires de Bordeaux qui est dans sa première année de fonctionnement.

» Cependant il pourrait arriver que des élèves ayant commencé leurs études dans une des Écoles dentaires existant en France à la date du 25 Juillet 1893, date du décret précité, fussent venus terminer leur scolarité à l'École et Clinique dentaires de Bordeaux.

» Dans ce cas, je vous serais bien obligé de me faire parvenir le nom de ces élèves et un relevé de leur scolarité, afin de me mettre à même de demander à M. le Ministre d'ouvrir en Juillet une session d'examens définitifs en vue du titre de Chirurgien dentiste.

» Veuillez agréer, etc.

Le Doyen,

A. PITRES.

Peuvent être candidats au diplôme de Chirurgien dentiste :

(*a*) Les Étudiants en Chirurgie dentaire munis de douze inscriptions prises régulièrement aux Écoles dentaires organisées en France (Paris, Bordeaux).

(*b*) Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er Janvier 1892.

(*c*) Les dentistes de nationalité française inscrits à ce rôle antérieurement au 1er Janvier 1880. Ceux-ci sont dispensés, en outre, du premier examen.

(*d*) Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Écoles dentaires existant en France à la date du présent décret. Ceux-ci peuvent postuler le diplôme de Chirurgien dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Les candidats au diplôme de Chirurgien dentiste doivent s'empresser d'adresser à la Faculté de Médecine (secrétariat) les pièces suivantes :

1° Une demande sur papier timbré de 0.60 pour subir l'examen.

Cette demande doit être visée des parents ou du tuteur en cas de minorité du candidat.

2° L'extrait de naissance.

3° Un extrait des patentes indiquant leur situation particulière ou le relevé de leur scolarité.

4° Le casier judiciaire.

Nous engageons vivement les candidats au diplôme de Chirurgien dentiste de faire le nécessaire immédiatement pour que la Faculté de Médecine de Bordeaux constitue des Jurys pour ce mois de Juillet.

Programme des cours théoriques professés à l'École dentaire

(Février 1896)

MM. les Docteurs :

Dumur : Scarlatine. — Variole. — Vaccine. — Oreillons. — Anémie.

Dutour : Bec de lièvre. — Luxation de la machoire inférieure. — Opiacés. — Fractures des maxillaires supérieur et inférieur. — Epulis. — Chlorate de potasse. — Périodontite suppurée. — Périodontite expulsive. — Ostéites suppurée, hyperthrophante, tuberculeuse. — Syphilis des maxillaires. — Tuberculose des maxillaires. — Atrophie des maxillaires. — Nécroses phosphorée, iodique.

Fromaget : Néoplasmes. — Définition. — Classification. — Développement et pathologie générale. — Papillomes. — Adénomes. — Ostéomes. — Névromes. — Angiomes. — Hémangiomes. — Lymphangiomes.

Peytoureau : Métaux et alliages qui entrent dans la fabrication des mou-

les et contre-moules. — Iode et iodure de potassium. — Eaux, poudres et pâtes dentifrices ; étude chimique des substances qui entrent dans leur composition. — Des substances dont le contact direct est nuisible aux dents : acide acétique, malique, citrique ; sucre ; chocolat ; alun ; perchlorure de fer.

Princeteau : Os iliaque. — Fémur. — Articulations du bassin. — Tibia, péroné et os du pied. — Angeiologie. — Cœur.

Rolland : Cervelet. — Considérations générales sur la moelle. — Moelle épinière ; histologie, physiologie. — Protubérance annulaire. — Pédoncules cérébraux moyens. — Valvule de Vieussens. — Ruban de Reil.

Sabrazès : Saprophytes de la bouche : *Streptothrix boccalis, Bacterium termo, Bacilus subtilis.* — Du pneumoque.

Sigalas : Notions sommaires de calorimétrie. — Unité de quantité de chaleur. — Mesure. — Applications. — Chaleur animale. — Origine et lieu de production de la chaleur. — Notions de thermométrie et de calorimétrie animales. — Mesure des quantités de chaleur dégagées par les êtres vivants. — Régulation thermique. — Lutte contre la chaleur et contre le froid.

Cours de Mécanique et de Prothèse dentaires

H. Seigle, Chirurgien dentiste : Estampage. — Confection des crochets. — Soudure. — Dents porcelaine. — Prises d'empreintes. — Redressements.

L'Admission des Étudiants en Chirurgie dentaire à l'Association générale des Étudiants de Bordeaux

Dans la séance du Comité de l'Association générale des Etudiants de Bordeaux, du 4 mars, il a été décidé que les Etudiants en Chirurgie dentaire feront partie de l'Association à titre de membres actifs.

En outre, les Etudiants en Chirurgie dentaire auront droit à un délégué au Comité par dix ou portion de dix. Ces délégués voteront avec la section de Médecine pour l'élection du président de section qui pourra être choisi soit parmi les médecins, soit parmi eux.

En attendant la décision de l'Assemblée générale, les Etudiants en Chirurgie dentaire pourront venir à l'Association et y jouir des avantages du local, de la bibliothèque, etc., sur présentation de leur carte. Toutefois, ils ne pourront être inscrits définitivement qu'après la décision de l'Assemblée générale.

Au nom du Conseil d'administration, le directeur de l'Ecole et Clinique dentaires de Bordeaux a adressé à M. Vergès, le sympathique et distingué président de l'Association, ses remerciements et ses félicitations.

Il convient d'expliquer la signification de cette décision, pour en bien faire comprendre toute l'importance.

L'Association générale des Etudiants de Bordeaux est uniquement composée des Etudiants des quatre Facultés et de l'Ecole de Notariat.

Depuis sa fondation qui remonte à 1886-1887, elle est restée sourde à toutes les demandes qui lui ont été adressées et elle a grandi en importance sans accepter de nouveaux associés à un titre quelconque.

Aujourd'hui l'Association, après sérieux examen et mûre réflexion, se départit de sa réserve et ouvre ses portes aux Etudiants de l'Ecole dentaire.

L'Association des Etudiants, avec une hauteur de vues et une indépendance profonde des préjugés qui l'honorent, a vu dans la fondation de l'Ecole dentaire une tendance certaine au relèvement d'une profession trop longtemps avilie par des faiseurs et le retour prochain à la Médecine d'une spécialité nécessitant de sérieuses connaissances médicales.

Les examens difficiles qu'on demande au jeune homme avant qu'il devienne étudiant, les trois années d'études dans une école, les épreuves importantes subies devant les Facultés de Médecine constituent une révolution profonde dans la dentisterie, dont les Chirurgiens dentistes bénéficieront.

L'effort puissant de décentralisation qui met Bordeaux à la tête d'un mouvement nouveau, ne pouvait passer sans appeler vivement leur attention et leur sympathie.

Enfin, les membres fondateurs de l'École dentaire, autrefois fondateurs eux-mêmes de l'Association, avaient droit d'espérer que leurs protégés seraient bien accueillis par leurs petits neveux.

Aussi cette acceptation ne peut pas être considérée comme une banale faveur; c'est un concours généreux qui s'offre à nous, de la part des étudiants; c'est la consécration des Étudiants en Chirurgie dentaire comme étudiants et ce sera un jour la consécration du Chirurgien dentiste comme homme de science appartenant au grand corps médical.

Nous ne voulons pas voir autre chose dans cette union qui nous flatte et nous remettrons à plus tard, à l'année prochaine, la fête des accordailles de l'École et de l'Association.

Démissions

MM. Robinson et Hoke viennent d'adresser leur démission de professeurs de l'École dentaire de Bordeaux.

MM. Hoke et Robinson sont de nationalité étrangère et la loi française exige que tout étranger voulant enseigner dans notre pays, justifie de la jouissance de ses droits civils. Ces Messieurs

ne pouvant satisfaire aux exigences de la loi, ont dû se retirer du groupe enseignant.

Nous leur adressons l'expression de nos regrets sincères et nous les remercions vivement du concours éclairé et actif qu'ils nous ont porté dans les moments difficiles de notre organisation et dans les tatonnements de nos premiers pas.

Ils ont été remplacés dans leur service par M. Seigle, Chirurgien dentiste diplômé de la Faculté de Paris et par M. le Dr Rolland, directeur de l'Ecole.

Vacances de Pâques

Le Conseil d'Administration informe MM. les Etudiants que les vacances de Pâques commencent le samedi 28 courant exclusivement jusqu'au 13 Avril inclusivement.

P.-S. — Le service de la Clinique aura lieu tous les matins comme d'habitude.

Double succès

Nous apprenons avec plaisir que MM. Quéré et Lafontaine, membres fondateurs de l'Ecole dentaire, viennent de subir avec succès devant la Faculté de Médecine de Bordeaux, le 4e examen de doctorat.

Nos félicitations à nos sympathiques collègues.

Remplacement

M. Dumora, Chirurgien dentiste diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, Professeur à l'Ecole dentaire de Bordeaux ne pouvant, pour cause de maladie remplir ses fonctions de Membre du Jury pour le concours des Démonstrateurs qui doit avoir lieu le 23 courant et n'étant pas remplacé par M. Robinson, aujourd'hui démissionnaire, MM. Seigle et Rolland ont été désignés par le Conseil d'administration pour remplir à tour de rôle les fonctions de Jurés.

Acquisition

Le Musée de l'Ecole vient de s'enrichir d'une gueule de jeune requin montée avec un soin tout particulier et beaucoup d'art par M. Seigle.

La disposition des dents de ces squales donne une idée de leur formidable puissance.

Imprimerie des 4 Frères, rue Capdeville, 32.

à Louer.

à Louer.